



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di teriparatide

Azienda Sanitaria _____ Unità Operativa del medico prescrittore _____

Nome e Cognome del medico prescrittore _____ tel _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ tel _____

ASP di residenza _____ Medico di Medicina Generale _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____ età menopausa: _____

La prescrizione di teriparatide è a carico del SSN per le seguenti indicazioni:
prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore, con almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79, che si presentano cumulativamente con 3 o più pregresse fratture vertebrali o di femore.
- soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79, che si presentano con 1 o più fratture vertebrali o di femore e T-score colonna o femore ≤ -4
- soggetti in trattamento da più di 12 mesi con dosi ≥ 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con 1 o più fratture vertebrali o di femore.
- soggetti che incorrono in una nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento con uno degli altri farmaci della nota 79 da almeno un anno.

Specialità medicinale _____

Motivazione da apporre in caso di prescrizione di farmaco a maggior costo (ai sensi del D.A. 540/14):

Spazio dedicato al MMG (da compilare esclusivamente in caso di nuova frattura in corso di trattamento in nota 79 da almeno 1 anno)

dall'analisi della scheda sanitaria individuale del paziente si rileva che per almeno un anno è stata effettuato un trattamento con:
 alendronato alendronato+vit.D3 risedronato raloxifene ibandronato ranelato di stronzio

data __/__/__

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale

- Prima prescrizione (primi 6 mesi di trattamento)
- Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 12 mesi)
- Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 18 mesi)
- Prosecuzione del trattamento (successivi 6 mesi per un totale di 24 mesi)

Dose _____ Durata della terapia _____ Scala analogica del dolore (VAS-dolore): punteggio _____

Copia valida per N.1 confezione

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di teriparatide

FOLLOW UP DOPO 6 12 18 MESI DI TERAPIA (durata massima della terapia 24 mesi)

data _____ si conferma la terapia in corso ? si no

Eventuale motivo della sospensione: _____

Parametri: PTH _____ calcio _____ fosforo _____ calciuria _____ acido urico _____

fosfatasi alcalina _____

Eventuali effetti collaterali * _____

Nuove fratture negli ultimi 6 mesi si no

Comparsa di complicanze scheletriche benigne o maligne si no

Copia valida per N.1 confezione

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

** In caso di comparsa di reazioni avverse riportare il codice della scheda di segnalazione ADR Ministeriale come Normativa vigente*

Ai fini di un appropriato utilizzo e del monitoraggio della sicurezza d'impiego del medicinale si rimanda a quanto riportato nei punti 4.4, 4.5 e 4.6 del RCP